37e Année. — N° 40. Vendredi 3 Octobre 1890.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique otologique : Les lésions auriculaires et les lésions des premières voies respiratoires dans l'influenza, par le professeur Cozzolino. — **Revue de la presse** : Electrolyse dans le traitement du lupus vulgaire. — Remarques à propos d'une observation de hernie inguinale congénitale étranglée chez un enfant de 13 mois. — Identité du sucre cérébral avec la galactose. — Sur le bradycardie. — **Académie des sciences** : Séance du 22 septembre 1890. — Présidence de M. Duchartre. Une ascension scientifique au mont Blanc. — **Académie de médecine** : Séance du 30 septembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin. — Correspondance. — Traitement des rétrécissements traumatiques du canal de l'urèthre. — Sur la dépopulation de la France. — La vaccine obligatoire au point de vue de la défense nationale. — Recherches expérimentales sur les leucocytes. — **Société de chirurgie** : Séance du 1er octobre 1890. — Présidence de M. Nicaise. — De l'eczéma curateur. — Occlusion des fistules recto-vaginales. — **Société médicale du VIe arrondissement** : Séance du lundi 28 juillet. — Présidence de M. le Dr Le Coin, vice-président. — **Variétés** : L'influence du sexe dans la latéralisation des affections auriculaires. — **Nouvelles.— Nécrologie. — Bulletin bibliographique.**

CLINIQUE OTOLOGIQUE

HOPITAL CLINIQUE DE NAPLES. — M. LE PROF. COZZOLINO

Les lésions auriculaires et les lésions des premières voies respiratoires dans l'influenza (1).

Messieurs,

Vous avez été surpris dans ces derniers temps par l'abondance des *affections aiguës de l'oreille moyenne* observées dans ce service.

A la vérité, on a toujours signalé dans l'influenza les souffrances auriculaires : vous ne devez pas être surpris de les rencontrer ici, car vous connaissez cet axiome pathogénique, à savoir que les lésions de l'oreille moyenne tirent toujours leur origine de lésions aiguës ou chroniques, à quelque cause qu'elles appartiennent, des premières voies respiratoires (cavités nasale et naso-pharyngienne et pharynx), par diffusion à travers la trompe d'Eustache. Or l'influenza affecte de préférence les muqueuses en causant d'abord une hyperhémie intense et plus tard en déterminant des processus phlogistiques exsudatifs caractéristiques. En outre, par suite des rapports vasculaires entre le pharynx, la trompe d'Eustache et la caisse du tympan, c'est surtout sur cette dernière que se repercutent les lésions. Les deux autres portions de l'oreille sont plus rarement atteintes.

Dès les premières épidémies d'influenza, on en a rapporté le développement à un *parasite* (Radius 1883, Lucchini 1837, Morting 1840, Leroy 1840, et dans la dernière épidémie, Seifert et Ribert de Berlin, Max Gilles de Vienne et Klebs de Zurich).

Nous ne devons pas ajouter une foi entière à ces travaux parce que les auteurs ont été poussés à publier leurs recherches par la fièvre de la priorité. De fait, il résulte des recherches de Bouchard, Vaillant et Ducazal, Netter et Chantemesse qu'il n'y a pas un microbe spécifique de l'influenza, mais qu'on en rencontre quatre qui habitent d'ordinaire nos cavités respiratoires : le *staphylococcus pyogenes aureus*, le *diplocoque*, le *pneumocoque* et le *streptocoque*.

Pour ce qui est de l'oreille, on observe le plus souvent dans l'influenza, une *otite moyenne par pneumocoques* qui diffère notablement de l'*otite moyenne suppurative par staphylocoques*, ainsi que nous le verrons plus loin. On peut néanmoins, mais beaucoup plus rarement, observer l'otite moyenne suppurée d'emblée, soit par staphylocoque, soit par streptocoque.

Pour la facilité de l'étude, je diviserai nos malades en deux groupes :

I. — Hyperhémie de la caisse.

II. — Exsudation de la caisse.

Les malades du premier groupe passent d'ailleurs facilement dans le second, soit par manque de soins, soit par suite du germe épidémique.

Souvenez-vous que dans l'influenza il y a des congestions intenses, souvent avec ecchymoses, sur les muqueuses nasale, pharyngienne et laryngienne. C'est ce qui s'est rencontré chez Merolla qui avait une vraie pharyngite subaiguë caractérisée par une congestion intense et violacée du pharynx et chez Olivieri qui présentait une tuméfaction notable de la muqueuse laryngienne avec grande diminution de la voix (hypophonie). Weichselbaum a trouvé presque constamment à l'antisepsie une inflammation aiguë des sinus nasaux, frontaux et maxillaires, qui étaient pleins de pus avec diplocoques de Fraenkel. Une complication importante, mais qui n'a pas été observée par nous, est l'*œdème de la glotte* par diffusion du coryza spécial, et ayant nécessité la trachéotomie (faits observés à Copenhague) ; signalons encore la parotidite suppurée ayant amené l'œdème du larynx (de Lostalot.)

Je traiterai maintenant les questions suivantes :

(1) Traduit et analysé du supplément mensuel de la *Gazetta degli ospitali*; mai et juin 1890, par le Dr Greffier.

1° Quels sont les signes objectifs et subjectifs de l'hyperhémie et de l'exsudation dans la caisse par influenza et quels sont les caractères qui les différencient des hyperhémies et des phlogoses purulentes ordinaires?

2° Quel est le meilleur mode de traitement?

3° Quelles sont les issues possibles de ces lésions de la caisse lorsque le traitement rationnel a été négligé?

1° Sur 100 malades atteints d'influenza, j'en ai vu la moitié et plus atteints de troubles auriculaires. La lésion la plus fréquente de la caisse a été l'*hyperhémie* qui s'est révélée aux malades par trois symptômes : *bruits, sensation d'obstruction de l'oreille, diminution de la faculté auditive*. Lorsque l'hyperhémie était intense, il s'y ajoutait le symptôme *douleur*, laquelle était gravative, presque continue, et s'étendait à toute la région temporale. Dans quelques cas, il s'est produit de l'*otorrhagie* consécutivement à la perforation du tympan, principalement dans sa portion centrale, par trop grande vascularisation.

A l'examen otoscopique, on trouve le tympan d'une couleur rouge-violacé intense qui en masque toutes les parties. L'épiderme de la membrane est recouvert d'une squame d'épiderme ramolli qui, au premier abord, peut donner l'idée d'un véritable processus, exsudatif. Mais à peine est-elle enlevée que la membrane se présente intacte.

Lorsque l'hyperhémie est intense, outre l'imbibition séreuse de la membrane, on peut observer encore quelques ecchymoses interstitielles et l'hyperhémie peut se diffuser aux parois du conduit. Alors, par suite de la diminution de tension et d'élasticité de la membrane, l'audition est plus affinée, les bruits plus pénibles, et il s'y ajoute le symptôme d'*autophonie*. L'hyperhémie peut exister aussi dans la trompe d'Eustache; par suite l'équilibre des deux pressions intra-tympanique et extra-auriculaire est rompu; d'où *augmentation des bruits*, que les malades comparent au vent, à l'eau qui tombe, parfois à des sifflements. L'audition est encore plus affinée. L'aspect du malade est caractéristique : il ressemble à un fou, ou à un homme qui souffre d'une grave hyperhémie cérébrale.

Je suis convaincu que dans la *forme cérébrale* de l'influenza, le labyrinthe n'est pas épargné par l'hyperhémie, d'où surdité grave chez quelques malades.

Cette hyperhémie si fréquente de l'oreille moyenne peut se résoudre, surtout si elle est prise à temps; ou bien, elle passe à la seconde phase : phase exsudative, otite par pneumocoques d'ordinaire, ou, plus rarement, otite par streptocoques ou staphylocoques (otites purulentes communes à début aigu).

La première est presque la seule que l'on rencontre dans l'influenza.

L'otite à pneumocoque peut être primitive ou secondaire (principalement dans le cours de la pneumonie). Sa marche est généralement rapide et sa guérison facile. Le liquide de la caisse participe aux propriétés fibrinogènes du microbe pneumonique. C'est un liquide séro-sanguinolent, visqueux, blanc-rougeâtre, peu ou pas jaune, ressemblant à l'expectoration de la pneumonie, n'ayant nullement l'aspect purulent que l'on rencontre dans l'otite à staphylocoque ou à streptocoque dès le début. La douleur gravative et plutôt diffuse de l'hyperhémie s'exaspère et devient pulsatile lorsque survient l'exsudation. Les malades, quand ce sont des enfants, poussent des cris déchirants et portent les mains aux oreilles. Les adultes se plaignent de vives douleurs et souffrent d'inflammation intra-cranienne, surtout si la perforation de la membrane tarde à se faire. Celle ci amène un soulagement immédiat. C'est donc le moment de soulager comme par miracle le patient, en pratiquant la myringotomie, après avoir désinfecté le conduit et la membrane. Après l'opération, on fera une antisepsie vigoureuse de la caisse.

On évitera par cette conduite les issues fâcheuses, *quant à la fonction* et parfois *quant à la vie*, par méningite, abcès cérébral, phlébite, etc.

Ces douleurs peuvent être prises pour de pures névralgies. De même les bruits causés par les troubles de la tension peuvent être faussement attribués au sulfate de quinine administré contre l'influenza.

2° *Traitement*. — J'ai conseillé l'antisepsie des cavités nasales en faisant pénétrer profondément la poudre dont la formule suit. Cette poudre a *une action prophylactique* contre l'influenza, puisque ses microbes habitent les premières voies respiratoires avant de pénétrer dans l'organisme.

Voici cette formule :

Acide borique porphyrisé.....	6 grammes
Naphtol bien pulvérisé.....	0,50 centigrammes
Antipyrine.....	2 grammes
Menthol bien pulvérisé.....	0,15 centigrammes
Salol.....	4 grammes

A priser dix à quinze fois par jour.

Lorsque le malade se plaindra de *douleurs* par hyperhémie de la caisse, il est inutile et préjudiciable de faire des instillations d'huile chaude, de lait chaud ou de solutions narcotiques comme on le fait souvent, car les instillations sont septiques. On agira directement sur l'hyperhémie en insufflant de l'air dans la trompe d'Eustache *par le procédé de Politzer*, deux à quatre fois par jour.

Dans le cas *d'otorrhagie* légère, j'ai prescrit, au moyen d'un compte-gouttes, l'instillation dans la caisse du tympan de la solution suivante tiède :

Eau distillée.....	20 grammes
Antipyrine.....	1 —
Chlorhydrate de cocaïne...	0,30 à 0,50 centigrammes

En même temps, on insufflera dans le nez au moyen de mon auto-insufflateur de verre la poudre suivante :

Acide borique porphyrisé..	5 à 8 grammes
Salol..... } ää.	1,50 à 2 grammes
Antipyrine. }	

Chlorhydrate de cocaïne
(bien pulvérisé)..... 0,30 à 0,60 centigrammes
au moins trois fois par jour.

On peut en outre la faire priser aux adultes 12 à 20 fois par jour.

Lorsque l'*exsudation* s'est produite, si elle résiste aux insufflations d'air, et si la membrane du tympan se montre convexe dans le segment inférieur, il faudra pratiquer la myringotomie, de préférence dans le segment antéro-inférieur. Après l'évacuation de la caisse, on continuera les insufflations d'air et les irrigations tièdes antiseptiques, en employant de préférence la solution suivante, toujours tiède, de 3 à 6 fois dans les 24 heures.

Eau distillée.....	250 grammes
Alcool rectifié.....	50 —
Acide borique.....	9 —
Antipyrine.....	3 —
Menthol.....	0,20 centigrammes

Chez les enfants, on abaissera la dose d'alcool à 20 ou 30 grammes.

Il est souvent difficile, par suite du gonflement œdémateux des bords de la perforation du tympan, de faire pénétrer le liquide antiseptique dans la caisse. La canule intra-tympanique d'Hartman rend alors de grands services.

Il est bon d'insuffler ensuite dans le conduit, au moyen de l'auto-insufflateur, un peu de la poudre suivante :

Antipyrine.....	2 grammes
Acide borique porphyrisé..	8 —
Naphtol β bien pulvérisé..	0,25 centigrammes

La guérison est ordinairement rapide.

3° Lorqu'elle ne se produit pas, on peut observer toutes les terminaisons fâcheuses qui se rencontrent dans les otites moyennes chroniques exsudatives, depuis les granulations jusqu'aux polypes (myxome), depuis la périostite jusqu'à l'abcès rétro et intra-mastoïdien. On rencontre la perte toujours progressive de la faculté auditive, quelquefois la mort par diffusion de la phlogose à la cavité cranienne (méninges et cerveau). Cette complication est parfois produite au début par simple transport du pneumocoque.

Je ne puis insister sur le traitement à faire intervenir dans les divers cas.

Je termine en vous signalant trois cas, observés chez des enfants, de *surdité complète bilatérale d'origine méningée à la suite de l'influenza*. Ils présentaient en outre des restes d'incoordination cérébelleuse. Le pronostic *quant à la fonction* est fatal en pareil cas par suite des altérations histologiques de l'appareil auditif dans ses origines centrales. Essayez toujours les injections hypodermiques de pilocarpine, les courants constants, les bains d'eaux minérales.

REVUE DE LA PRESSE

Electrolyse dans le traitement du lupus vulgaire. — Le Dr Jackson (de New-York), dans la quatorzième session annuelle de la Société dermatologique américaine tenue à New-York les 2, 3, et 4 septembre 1890, a parlé des avantages offerts par l'électrolyse dans le traitement du lupus vulgaire. Voici les conclusions de son travail : 1° le traitement est relativement indolore et il n'est pas nécessaire d'endormir le malade.

2° Il n'y a pas la plus légère perte de sang et les malades n'ont pas la crainte d'une opération chirurgicale.

3° Le patient n'abandonne pas un moment ses occupations habituelles. Il n'y a aucune difformité, pas de traitement consécutif, on évite la tuméfaction de la face et des paupières, ce qui est le résultat habituel du traitement par l'acide arsénieux ou par l'acide pyrogallique.

4° Le traitement atteint la source du mal, la partie profonde des tubercules, plus complètement et avec moins d'inconvénients pour les régions environnantes que les autres caustiques ou les procédés chirurgicaux.

5° La cicatrice est lisse et non difforme.

6° Les résultats obtenus sont aussi bons sinon meilleurs que par toute autre méthode.

A. Ch.

Remarques à propos d'une observation de hernie inguinale congénitale étranglée chez un enfant de 13 mois, par G. Phocas, agrégé (*Bull. médical du Nord*, 1890). — On amène à l'hôpital de Lille un enfant de 13 mois nourri au sein. Dès sa naissance, on avait remarqué une grosseur comme un dé du côté de la bourse droite. Cette grosseur rentrait et sortait. Le 22 novembre l'enfant se mit à pleurer plus que d'habitude, refusa le sein; pendant toute la nuit les cris, l'agitation furent extrêmes ; quelques vomissements alimentaires, des hoquets. Une selle diarrhéique le matin. Le matin la tumeur de la bourse avait augmenté de volume.

A l'examen on trouva les testicules dans le scrotum, mais du côté droit tout le trajet inguinal est occupé par une tumeur allongée de 4 centimètres de long à peu près sur 3 de large. La consistance est résistante, élastique. La peau est normale. Râle à la percussion. Aucune impulsion pendant les cris. Irréductible à la pression. Un peu douloureuse. Pas transparente, elle est translucide comme une hydrocèle dans toute son étendue. Le ventre est légèrement ballonné, la langue est blanchâtre.

Ayant diagnostiqué étranglement herniaire, le Dr Phocas fit le taxis sans chloroforme. Après deux ou trois minutes la réduction se fit avec gargouillement; on put alors avec le doigt constater la dilatation de l'orifice inguinal. La guérison se fit rapidement sous un spirale puis on ordonna le port d'un bandage.

Comme le petit enfant présentait un phimosis congénital avec quelques adhérences, le Dr Phocas l'opéra un mois plus tard.

Il s'agissait dans ce cas, en résumé, d'une hernie funiculaire congénitale droite étranglée et guérie par le taxis, d'une hydrocèle congénitale, d'un phimosis congénital.

L'auteur met en relief la difficulté du diagnostic de la hernie étranglée à cet âge, surtout lorsqu'il constate une hydrocèle qui peut masquer les symptômes locaux de la hernie. Ce sont surtout les signes généraux qui permettent d'arriver au diagnostic. Quant au traitement en apparence contradictoire mis en œuvre par le Dr Phocas, il trouve les raisons de son application dans l'âge de l'enfant, dont il eût été difficile de maintenir la propreté nécessaire pour la bonne issue d'une cure radicale, la possibilité d'obtenir ultérieurement une guérison définitive par le port d'un bandage si le taxis réussit à calmer les accidents immédiats. Il est certain, ajoute le Dr Phocas que chez les enfants qui ont dépassé 2 ans, c'est à la kélotomie qu'il faudra toujours recourir.

Enfin l'opération du phimosis se trouverait indiquée comme étant pour certains auteurs une cause occasionnelle des hernies.

F. Verchère.

Identité du sucre cérébral avec la galactose, H. Thierfelder (*Deutsche med. zeit*, 64, 1890). — Thudicum est arrivé, il y a quelque temps, à retirer de la substance cérébrale, du protagon notamment, un hydrate de carbone cristallisé qu'il appelle cérébrose et auquel il attribue la formule $C^6H^{13}O^6$. Mais les recherches de cet auteur n'ont pas suffi pour établir la nature de ce corps, aussi Thierfelder a-t-il cherché à déterminer s'il s'agit d'une nouvelle espèce du sucre ou si la cérébrose n'est pas identique à une espèce de sucre connue. En traitant la cérébrose par un oxydant, l'acide azotique, il a obtenu l'acide mucique. Il semble donc que le sucre cérébral soit de la galactose, car on ne connaît aucun hydrate de carbone ayant la formule indiquée qui donne de l'acide mucique par l'acide azotique. Les autres propriétés de la cérébrose témoignent encore de son identité avec la galactose.

J. L.

Sur la bradycardie, par Riegel (*Deutsche med. Zeit*, n° 42, 1890.) — Tandis qu'on s'est beaucoup occupé de la tachycardie ou accélération du pouls, la bradycardie, c'est-à-dire le ralentissement anormal du pouls, a peu attiré l'attention, et cependant la bradycardie mérite au moins une attention aussi grande que le phénomène opposé. Il ne faut pas considérer comme cas de bradycardie ceux dans lesquels le ralentissement du cœur ne suit pas le ralentissement du pouls, il n'y a de véritable bradycardie que celle qui se manifeste par le ralentissement seul du cœur.

Ce phénomène peut être physiologique ou pathologique. Le cas le plus typique de bradycardie physiologique est celui qui accompagne l'accouchement. Les opinions ont beaucoup varié sur les causes de la bradycardie puerpérale. On a invoqué comme cause la modification produite pendant les couches dans la tension et la pression artérielle ; d'autres auteurs l'expliquent par la résorption de la graisse provenant de l'utérus dégénéré, d'autres des troubles de l'innervation. On a cru enfin trouver la raison de la bradycardie puerpérale dans la diminution du travail du cœur produite après l'accouchement.

Il est probable que ce phénomène dans la puerpéralitéoccupe une place spéciale parmi les autres bradycardies qui se montrent dans les conditions les plus variables. Elle ressemble beaucoup à celle qui survient dans la crise des maladies aiguës fébriles une fois qu'elles ont achevé leur évolution. On a expliqué le phénomène par la théorie de l'épuisement que Traube avait émise sur le ralentissement du pouls dans la convalescence des maladies aiguës.

On peut rattacher à la bradycardie physiologique le ralentissement du pouls qu'on peut observer à l'état de jeûne. En outre on considère un certain nombre de cas comme l'expression d'une particularité individuelle bien qu'on ne les ait pas suffisamment soumis à l'analyse.

La bradycardie s'observe en premier lieu très souvent dans les maladies des organes digestifs. Ce symptôme est souvent même très accusé dans les dilatations stomacales et dans l'ulcère rond. L'auteur rappelle d'ailleurs que les expériences de Goltz, de Bernstein, S. Mayer, ont montré que l'excitation électrique, mécanique, thermique, de l'estomac produit souvent un ralentissement du pouls et une augmentation de la pression sanguine ; Tarchanof a étudié de son côté l'inhibition réflexe de l'activité cardiaque à la suite des excitations intestinales. L'expérimentation apporte donc un sérieux appui à l'explication des bradycardies digestives.

Le ralentissement du pouls n'est pas rare dans les maladies des organes respiratoires, surtout dans l'emphysème. On pourrait en trouver l'explication dans les résultats des recherches de Einbrod et de Ludwig d'après lesquelles une augmentation de la pression de l'air dans les voies respiratoires peut provoquer un ralentissement des battements du cœur, alors même que le pneumogastrique est intact. Traube a établi d'autre part que l'augmentation de l'acide carbonique du sang agit en excitant le centre nerveux cardiaque et par conséquent ralentit le pouls.

L'auteur se propose d'ailleurs d'étudier la bradycardie dans d'autres maladies notamment dans les maladies de la circulation, des voies urinaires et du système nerveux.

D'après le professeur G. Sée (traité des maladies du cœur) le cœur ralenti est presque toujours le signe d'une lésion des muscles et des valvules du cœur, ou bien le résultat d'une excitation des nerfs vagues (di-

gitale, fève de Calabar) et des ganglions intracardiaques d'arrêt (acides biliaires). Le système nerveux d'arrêt du cœur peut être excité directement ou indirectement par les lésions de l'encéphale ou de la moelle, par les lésions nerveuses périphériques ; le ralentissement peut être la conséquence d'une lésion dégénérative du cœur, des artères coronaires surtout, comme cela arrive chez les vieillards, ou d'une lésion valvulaire.

Les maladies microbiennes peuvent s'accompagner de bradycardie, en dehors de complications cardiaques, le fait a été observé par Grob dans le rhumatisme. Dans l'urémie et l'ictère le ralentissement paraît être lié à une auto-intoxication.

J. L.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 septembre 1890. — *Présidence de* M. Duchartre

Une ascension scientifique au mont Blanc. — M. J. Janssen fait à l'Académie le récit de l'ascension qu'il a faite au mont Blanc le 22 août. Nous ne reproduisons ni le récit de l'ascension en elle-même, ni les impressions que M. Janssen développe avec beaucoup d'enthousiasme ; nous reproduisons seulement les résultats scientifiques de ce voyage.

« *Etudes spectrales.* — Ainsi que je viens de le dire dans l'ascension, la question dont je poursuivais la solution dans ma dernière ascension aux *Grands-Mulets*, sur les flancs du mont Blanc, il y a deux années, se rapportait à la présence de l'oxygène dans les enveloppes gazeuses extérieures du Soleil. La question de l'existence de l'oxygène dans l'atmosphère solaire est une des plus importantes que la Physique céleste puisse se proposer, en raison du rôle immense que joue ce corps dans les phénomènes géologiques, chimiques, et surtout dans ceux d'où dépend la vie sous toutes ses formes. Aussi s'en est-on occupé depuis longtemps déjà, mais on sait aussi que la question était toujours restée indécise.

« La découverte toute récente des phénomènes remarquables d'absorption que l'oxygène produit sur un faisceau lumineux qui le traverse sous épaisseur suffisante permettait de reprendre la question dans des conditions nouvelles.

« Or, on sait que l'action de l'oxygène sur la lumière se traduit par deux systèmes d'absorption : d'une part, un système de raies fines plus ou moins obscures, telles que les groupes A, B, α, etc., et, d'autre part, des bandes obscures jusqu'ici non résolubles dans le rouge, la jaune, le vert, le bleu, etc. Ces deux systèmes, suivant des lois d'absorption différentes, donnent lieu, au point de vue qui nous occupe, à des observations très différentes.

« Les bandes obscures étant absentes du spectre solaire dès que l'astre est un peu élevé sur l'horizon, on peut rechercher si le spectre du disque solaire vers les bords, c'est-à-dire dans les points où l'action absorbante de l'atmosphère solaire doit être portée à son maximum d'effet, présente les bandes de l'oxygène. C'est une observation qui est singulièrement facilitée par les éclipses annulaires du Soleil, et l'on sait que pendant celle qui eut lieu cette année même, et qui, à Candie, fut favorisée par un temps si exceptionnellement favorable, M. de la Baume Pluvinel, qui avait bien voulu se charger de cette observation, obtint un résultat tout à fait négatif, c'est-à-dire un spectre de l'extrême bord solaire où les bandes de l'oxygène étaient complètement absentes. Ainsi la considération des bandes n'est pas favorable à l'hypothèse de l'existence de l'oxygène dans l'atmosphère solaire.

« Mais l'étude des raies peut, elle aussi, conduire à la solution cherchée.

« En effet, les bandes du spectre de l'oxygène n'existant pas dans le spectre solaire dès que l'astre est un peu élevé, on peut rechercher directement leur présence dans le Soleil par l'étude de son spectre, sans que l'action de l'atmosphère terrestre vienne compliquer les résultats.

« Il en est tout autrement des raies. Les groupes A, B, « se montrent même très accusés dans le spectre solaire circumzénithal, c'est-à-dire en toutes circonstances.

« Il faut donc ici, ou bien se procurer une action qui soit égale à celle de notre atmosphère et voir si cette action produit dans le spectre des raies de même intensité que celles qu'on observe dans le spectre solaire circumzénithal, et c'est ce qui a été fait dans l'expérience instituée entre la Tour Eiffel et l'Observatoire de Meudon, ou bien diminuer dans une mesure connue l'action de l'atmosphère terrestre et voir si ces diminutions sont telles qu'elles conduiraient à une extinction totale aux limites de l'atmosphère. C'est la méthode dont l'emploi a été commencé il y a deux ans aux Grands-Mulets et qui a été complétée cette année au sommet du mont Blanc.

« Les observations embrassent actuellement trois stations : Meudon, les Grands-Mulets, une station près du sommet du mont Blanc.

« Il va sans dire que, pour rendre les observations comparables, j'ai eu le soin d'employer les mêmes instruments dans chacune des stations.

« Le premier instrument, déjà employé en 1888 aux Grands-Mulets, est un spectroscope de Duboscq à deux prismes qui montre B formé d'une ligne très noire et large, avec une bande ombrée qui représente la série des doublets non séparés par l'instrument.

« Ce spectroscope avait pour moi l'avantage d'un long usage, spécialement dans les études de laboratoire sur les spectres des gaz dans leurs rapports avec le spectre solaire.

« Le second instrument est un spectroscope à réseau de Rowland et lunettes de 0,75 de foyer, montrant toutes les lignes des groupes A, B, α et spécialement les doublets de B.

« Avec le spectroscope de Duboscq, on juge le phénomène dans son ensemble, et pour B, par exemple, c'est l'intensité et la largeur de l'ombre et celles de la ligne noire qui les accompagne, comparées à la ligne fixe C de l'hydrogène, qui servent aux comparaisons.

« Avec le spectroscope à réseau, on possède des éléments nouveaux. On sait que les doublets de B, par exemple, vont en décroissant d'intensité au fur et à mesure qu'il s'éloignent de la tête de B.

« J'ai mis à profit cette décroissance d'intensité pour l'estimation de la diminution des actions absorbantes de l'atmosphère avec l'élévation de la station.

« Si l'on s'élève, en effet, dans l'atmosphère, on voit des

doublet les plus faibles et les plus éloignés de la tête de B s'affaiblir de plus en plus, pour disparaître avec une hauteur suffisante de la station.

« C'est ainsi qu'à Meudon, où l'action de l'atmosphère est très sensiblement entière, on observe dix doublets bien visibles. Mais aux Grands-Mulets, le système est déjà bien réduit ou du moins les derniers doublets sont si faibles que l'observation en est difficile. Au sommet, je n'ai pas pu faire d'observation avec cet instrument. Pendant la tourmente, on ne pouvait songer à des observations à l'extérieur, puisque les guides eux-mêmes avaient la plus grande peine à se tenir. L'intérieur de la cabane de M. Vallot était trop exigu pour permettre le déploiement de l'instrument. C'est une observation qui sera intéressante à reprendre quand on aura érigé vers le sommet un observatoire mieux installé.

« Mais j'estime que l'observation avec spectroscope de Duboscq, qui, elle, a pu être faite dans d'excellentes conditions à Meudon, à Chamonix, aux Grands-Mulets et près du sommet, est très concluante.

« Je dois même ajouter que la diminution d'intensité du groupe B entre les Grands-Mulets et la station des Bosses, près du sommet, m'a surpris, et que je l'ai trouvée plus forte que ne semble le comporter la hauteur et la densité de la colonne atmosphérique qui relie ces deux stations.

« Le lendemain, 23 août, étant à la station des Grands-Mulets, de retour du sommet, j'ai repris vers midi les observations avec mes deux instruments.

« En résumé, les observations spectroscopiques faites pendant cette ascension à la cime du mont Blanc complètent et confirment celles que j'avais commencées, il y a deux ans, à la station des Grands-Mulets à 3050 mètres d'altitude, et l'ensemble de ces observations, c'est-à-dire celles qui ont été faites entre la Tour Eiffel et Meudon, celles de M. de la Baume à Candie, celles faites au laboratoire de Meudon et enfin les observations de cette année au mont Blanc se réunissent pour conduire à faire admettre l'absence de l'oxygène dans les enveloppes gazeuses solaires qui surmontent la photosphère, tout au moins de l'oyxgène avec la constitution qui lui permet d'exercer sur la lumière les phénomènes d'absorption qu'il produit dans notre atmosphère et qui se traduisent dans le spectre solaire par les systèmes de raies et de bandes que nous connaissons. Je considère que c'est là une vérité qui est définitivement acquise.

« On peut déjà tirer de cette vérité certaines conclusions touchant la constitution de l'atmosphère solaire.

« Il est certain que, si l'oxygène existait simultanément avec l'hydrogène dans les enveloppes extérieures du Soleil et accompagnait ce dernier jusqu'aux limites si reculées où on l'observe, c'est-à-dire jusque dans l'atmosphère coronale, le refroidissement ultérieur dans une période de temps que nous ne pouvons encore assigner, mais qui paraît devoir se produire fatalement quand notre grand foyer central commencera à épuiser les immenses réserves de force dont il dispose encore, ce refroidissement, dis-je, aurait pour effet, si l'oxygène et l'hydrogène étaient en présence, de provoquer leur combinaison. De la vapeur, d'eau se formerait alors dans ces enveloppes gazeuses, et la présence de cette vapeur, d'après ce que nous connaissons de ses propriétés, aurait pour effet d'opposer au rayonnement solaire, principalement à ses radiations calorifiques, un obstacle considérable. Ainsi l'affaiblissement de la radiation solaire serait encore accéléré par la formation de cette vapeur.

« N'y a-t-il pas là encore une harmonie nouvelle reconnue dans cet ensemble déjà si admirable de dispositions, qui tendent à assurer à notre grand foyer central la plus longue durée possible à des fonctions d'où dépend la vie du système planétaire tout entier ?

Observations physiologiques. — « Je donnerai ici quelques détails sur mon état physiologique pendant mon séjour d'une semaine sur les flancs du mont Blanc, près de sa cime et à sa cime elle-même, c'est-à-dire entre 3.000 m. et 4.800 m. d'altitude.

« Je suis le premier, je crois, qui soit parvenu au sommet du mont Blanc sans avoir eu à faire aucun effort corporel, et, ce qui est très remarquable, il paraît que je suis également le seul qui ait joui, dans cette circonstance, de l'intégrité de mes forces intellectuelles.

« Ce résultat remarquable, et j'ajoute précieux par les indications qu'il donne aux observateurs qui auront à séjourner dans les hautes stations, me paraît devoir être entièrement attribué à l'absence d'effort physique pendant toute cette expédition.

« Il serait déjà bien improbable que j'eusse été affranchi des malaises si constants des hautes stations par l'effet d'une disposition toute spéciale de mon tempérament, par une sorte d'idiosyncrasie; mais cette supposition elle-même ne pourrait se soutenir, car chaque fois que j'ai eu des efforts corporels à faire dans mes ascensions antérieures, j'ai éprouvé des troubles, assez légers il est vrai, mais constants et de la nature de ceux dont se plaignent ordinairement les alpinistes dans les hautes régions. Il y a deux années, pendant mon ascension aux Grands-Mulets, ascension pendant laquelle j'ai eu à faire de grands efforts, j'ai ressenti les effets du mal de montagne pendant le jour qui a suivi l'ascension, et, ce qui est très remarquable, dès que je voulais réfléchir sur mes observations et faire un travail intellectuel un peu suivi, j'éprouvais une sorte de syncope et de faiblesse subite. Ce n'est que par des inspirations très fréquentes que je me rétablissais, et j'avais même pris l'habitude de respirer ainsi très fréquemment avant de chercher à penser.

« Ceci montre bien que les actes intellectuels, comme les actes physiques, exigent une dépense de force et, notamment, la présence de l'oxygène dans le sang.

« Il en fut tout autrement pendant la dernière ascension.

« J'ai passé quatre jours dans la cabane des Bosses, et pendant ces quatre jours, je n'ai pas éprouvé un seul instant de malaise.

« L'appétit était resté intact, quoique l'alimention fût plutôt, comme quantité, inférieure à celle qui m'est ordinaire. Mais les forces intellectuelles étaient intactes, plutôt même surexcitées, et la nuit, après le premier sommeil, je me mettais à penser longuement et je m'y livrais avec plaisir. J'ai trouvé là des solutions, que je crois justes, à des difficultés que je n'aurais sans doute pas résolues dans la plaine.

« Mais il ne fallait me livrer à aucun travail corporel, car aussitôt la respiration me manquait et j'aurais éprouvé sans doute, en persistant, les troubles des hautes stations. A la cime du mont Blanc, je n'ai éprouvé non plus aucun malaise, et mes facultés intellectuelles étaient entières. J'éprouvais seulement une légère excitation, sans doute

due au contentement et bien naturelle après les péripéties de l'ascension.

« La conclusion de ces observations me paraît être que le travail intellectuel n'est nullement impossible dans les hautes stations, à la condition de bannir tout effort physique. Il faut réserver toutes ses forces pour la dépense qu'exige la pensée (ce qui ne veut pas dire, bien entendu, que la pensée d'elle-même soit d'ordre physique).

« Les hautes stations s'imposent de plus en plus pour la science des phénomènes de l'atmosphère, pour la physique du globe, pour l'astronomie elle-même. Il est d'un haut intérêt de savoir que les observateurs pourront y jouir de toutes leurs facultés, en s'imposant seulement d'y vivre dans des conditions déterminées.

Projet d'observatoire au mont Blanc. — « Je crois qu'il y aurait un intérêt de premier ordre, pour l'astronomie physique, pour la physique terrestre, pour la météorologie, et j'ajoute pour certains avertissements d'ordre météorologique, qu'un observatoire fût érigé au sommet ou tout au moins tout près du sommet du mont Blanc.

« Je sais qu'on m'opposera la difficulté d'édifier une semblable construction sur un sommet si élevé, où l'on ne parvient qu'avec de grandes difficultés et où règnent souvent des tempêtes si violentes.

« Toutes ces difficultés sont réelles, mais elles ne sont nullement insurmontables. C'est l'opinion qui est résultée pour moi de mon ascension et des études que j'ai faites à ce sujet.

« Je ne puis dès maintenant entrer dans une discussion approfondie ; je me contenterai de faire remarquer qu'aujourd'hui, avec les moyens dont nos ingénieurs disposent, et j'ajoute avec des montagnards tels que ceux que nous avons dans la vallée de Chamonix et dans les vallées voisines, ce problème sera résolu quand on voudra.

« Actuellement, on applique partout, et spécialement en Suisse, les moyens mécaniques à la conquêtes des sommets. La science suit ce mouvement et l'on commence à sentir toute l'importance des études dans les hautes stations.

« La France, qui a la bonne fortune de posséder sur le mont Blanc la plus haute et l'une des mieux situées des stations de montagnes en Europe, ne peut se désintéresser d'une entreprise qui répond si bien aux besoins scientifiques actuels.

« Quant à l'Académie, qui s'est toujours montrée si jalouse de tout ce qui peut ajouter à l'honneur scientifique de la France, je lui demande de vouloir bien donner à ce projet sa haute approbation et son appui. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 septembre 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° des lettres de MM. les dr NICAISE et HORTELOUP, qui se portent candidats à la place vacante de membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale ; 2° une lettre de M. le Dr DIEULAFOY, qui se porte candidat à la place vacante de membre titulaire dans la section de pathologie médicale ; 3° une note intitulée : *Les altérations du bois dans leurs rapports avec la sécurité publique*, par M. L. Crié (de Rennes).

Traitement des rétrécissements traumatiques du canal de l'urèthre. — M. HORTELOUP. Au mois de février 1884, je recevais dans mon service un jeune garçon de dix-neuf ans atteint d'un rétrécissement traumatique infranchissable de l'urèthre. L'examen du périnée permit de reconnaître un noyau induré de plus de trois centimètres.

Le 13 février, je pratiquai la résection totale de la portion rétrécie du canal de l'urèthre. Les suites de l'opération furent très simples ; onze jours après l'opération, j'introduisis, sans difficulté, une bougie Béniqué n° 27, et, un mois après, le n° 50

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis six ans et demi, la guérison s'est complètement maintenue.

La résection du canal de l'urèthre n'est pas une opération difficile, et, depuis la découverte de l'antisepsie, elle n'offre pas plus de dangers que l'uréthrotomie externe.

Quant à craindre la formation d'une gouttière uréthrale, ce ne serait à redouter que si le chirurgien était forcé de remonter jusqu'à la portion spongieuse, mais cette portion de l'urèthre est presque toujours respectée dans les rétrécissements traumatiques.

Doit-on repousser la résection parce qu'elle ne s'oppose pas plus que les autres procédés à la récidive ! il n'y a pas lieu de tenir compte de cette objection, car les documents manquent totalement pour établir cette comparaison.

Quoi qu'il en soit, je ne propose nullement cette opération contre tous les rétrécissements de l'urèthre, mais seulement contre les rétrécissements d'origine traumatique chez lesquels la récidive est malheureusement la règle.

D. Mollière a rapporté l'observation d'un rétrécissement traumatique qui, douze ans après la résection, ne présentait pas de récidive. Mon opéré, après plus de six ans, se porte encore parfaitement bien. Je crois donc qu'en présence d'un rétrécissement traumatique de la région périnéo-bulbaire, récidivant après une uréthrotomie interne et même externe, on a le droit d'essayer la résection de toute la masse formant le rétrécissement du canal de l'urèthre.

Cholécystectomie. — M. TERRIER communique une observation de cholécystectomie pratiquée de propos délibéré, d'accord avec M. Rigal, pour débarrasser de sa vésicule calculeuse, mais non fistuleuse, une femme atteinte de coliques subintrantes et d'ictère à peu près permanent. Cette femme, âgée de 55 ans, et présentant des antécédents héréditaires remarquables de lithiase biliaire, avait commencé à souffrir à l'âge de 29 ans. Depuis le mois de mars elle était constamment ictérique. Lorsque je l'opérai, le 7 juillet dernier, toutes les médications avaient été tentées sans succès.

Je fis une incision sur le bord externe du muscle droit et je commençai par ponctionner la vésicule distendue : j'évacuai ainsi 1/4 de litre de liquide muqueux, très peu bilieux, et je constatai immédiatement que les parois de la vésicule étaient épaisses et solides. Je séparai alors cette vésicule du duodénum en bas, du foie en haut. Cela fait, il fallait me rendre compte de l'état exact des parties jusqu'où allaient les calculs ! J'incisai donc la vésicule, et peu à peu j'enlevai, à grand'peine, les calculs, agrandissant au fur et à mesure mon incision. Je parvins ainsi au canal cystique, puis je fis sortir quelques concrétions, je constatai par le toucher que le chodéloque était libre, et finalement je liai le canal cystique.

A cette profondeur, je ne pus mettre qu'une ligature simple et non une ligature en chaîne. Je me méfiai donc, instruit d'ailleurs par un fait précédent d'une fistule biliaire ultérieure, et je mis un drain autour duquel je constitua

avec l'épiploon une sorte de canal isolé de la grande cavité péritonéale. Ce n'est pas d'ailleurs que je redoute beaucoup le contact de la bile avec le péritoine. Le lendemain, le pansement était inondé de bile et une fistule s'établit. Elle ne dura, il est vrai, qu'une dizaine de jours, et finalement la malade était guérie au bout d'un mois. Depuis que sa fistule est fermée, elle a des selles colorées. Aujourd'hui, elle reprend ses forces peu à peu et ses accidents hépatiques ont cessé.

J'insiste sur cette observation· C'est la cinquième cholécystectomie faite à Paris, M. Michaux en ayant déjà publié une et moi aussi, M. Périer devant bientôt nous en relater une autre. Mais M. Michaux a opéré pour des fistules; M. Périer, comme moi dans mon premier cas, avait agi sur une malade calculeuse mais non ictérique. Ici, au contraire, je suis intervenu pendant l'ictère. Il fallait donc prévoir un enclavement possible dans le cholédoque, être prêt à aller chercher ce calcul, ne lier le cystique qu'en connaissanee de cause. Or j'ai constaté que cette exploration du cholédoque est en somme assez aisée.

Dans mes deux opérations j'ai été favorisé par la résistance des parois de la vésicule. Assez souvent ces parois, enflammées, sont friables et il en résulte des difficultés opératoires considérables, une gravité bien plus grande. C'est arrivé sous mes yeux à Trélat.

Je reviendrai sur l'innocuité du contact de la bile avec le péritoine. Mon interne, M. Louis, a injecté sans inconvénient dans le péritoine d'animaux de la bile provenant d'un homme auquel j'ai fait une fistule biliaire dont je vous entretiendrai plus tard. C'est d'ailleurs là un fait connu.

Ainsi la chirurgie peut porter un secours efficace contre des calculs biliaires devant lesquels la thérapeutique médicale a échoué.

M. Lancereaux. Je crois aussi que de plus en plus la chirurgie interviendra dans les cas d'ictère par enclavement d'un calcul, mais ici le cholédoque était libre. Comment M. Terrier explique-t-il l'ictère? Le calcul du cystique comprimait-il le cholédoque?

M. Terrier. Cette explication est celle que j'admets le plus volontiers. Peut-être aussi y avait-il une tuméfaction du cholédoque par inflammation de voisinage. J'ai observé un homme que, par une fistule biliaire, j'ai débarrassé d'un ictère probablement dû à une angiocholite.

M. Le Roy de Méricourt. Parfois l'intervention de la nature suffit à elle seule pour donner de très bons résultats. C'est ainsi que j'ai pu observer un malade atteint de coliques hépatiques particulièrement violentes, et dont la vie était menacée par un ictère persistant depuis plusieurs mois et qui guérit spontanément après l'expulsion d'un calcul du volume d'une grosse olive.

M. Ollivier. Je crois comme M. Lancereaux que l'intervention chirurgicale en cas de calcul biliaire doit s'imposer de plus en plus. J'ai eu l'occasion de faire l'autopsie de plus de 1.200 vieillards et j'ai été frappé du nombre considérable de vésicules biliaires dilatées par des calculs que j'ai l'occasion d'observer chez eux. Quelques-uns de ces calculs n'avaient déterminé, il est vrai, aucun acident pendant la vie, mais un très grand nombre avaient causé de violentes coliques hépatiques dont il aurait certainement été possible de les débarrasser par l'intervention chirurgicale.

M. Hayem. A propos de la tolérance du péritoine pour le liquide biliaire dont vient de parler M. Terrier, je rappellerai que j'ai publié l'observation d'un enfant qui, à la suite d'un traumatisme, avait une rupture des voies biliaire. Il mourut un mois après; or, son péritoine, bien que rempli de bile depuis l'époque de l'accident, ne présentait aucun signe de péritonite.

M. Laborde. Le même phénomène s'observe couramment lorsque l'on fait des expériences sur les voies biliaires des animaux. Chez ces derniers le rétablissement du cours de la bile est très rapide, même après la ligature du cholédoque que l'on pratique lorsque l'on désire avoir une fistule biliaire complète.

M. Terrier. Les calculs biliaires sont généralement enkystés, fort difficiles à extraire de la vésicule, même lorsque celle-ci est ouverte sous les yeux des chirurgiens. Dès lors, l'expulsion spontanée des gros calculs est très rare, et il est nécessaire que ceux-ci aient la forme olivaire signalée par M. Le Roy de Méricourt; or, cette forme est rarement observée.

D'ailleurs les expulsions spontanées ne se font pas par le canal cholédoque, mais bien par une fistule par ulcération qui s'établit entre la vésicule et l'intestin.

J'ai constaté, comme M. Hayem, l'innocuité relative de la bile pour le péritoine. mais je crois que l'on doit éviter tout au moins que celle-ci séjourne dans la séreuse en trop grande abondance. C'est pour cela que j'ai établi au cours de l'opération un canal permettant dans une certaine mesure le déversement au dehors de la bile épanchée.

Sur la dépopulation de la France. — M. Lagneau ne croit pas que, pour accroître la natalité, il faille, ainsi que le pense M. Javal, dispenser du service militaire les frères puînés, et n'appeler à l'armée active que les fils aînés. Les dispenses, exemptions, ajournements, renvois dans le service auxiliaire, étaient trop nombreux sous le régime de la loi du 27 juillet 1872. On n'appelait à l'armée active que moins de la moitié des hommes composant la classe. En 1887, sur 308,245 hommes la composant, 140,049 seulement étaient désignés pour le service actif.

A la nation armée allemande, il faut opposer la nation armée française. Bien qu'elle maintienne le tirage au sort, la loi du 16 juillet 1889 est préférable à celle de 1872. En réduisant à trois ans la durée du service actif, elle permettra de le généraliser à un plus grand nombrs d'hommes.

Pour faciliter les mariages de nos jeunes gens, et par suite favoriser la natalité légitime, tout en généralisant le service militaire à tous les hommes valides, il faut chercher à en restreindre la durée au temps étroitement nécessaire à l'instruction militaire. Aussi, pour hâter cette instruction, il faut que, durant la période scolaire, nos jeunes gens soient déjà exercés à la gymnastique, à la marche, à l'exercice, à l'équitation et aux premiers exercices militaires. Ainsi, on évitera la sédentarité si nuisible à la santé de nos écoliers. On abrégera le temps de service à l'armée. Promptement libérés, promptement ils pourront se marier.

Relativement aux réformes fiscales, ainsi que M. Javal, M. Lagneau pense qu'il serait à désirer que, loin de les accroître, on les diminuât de plus en plus : les droits sur le blé, sur la viande, en particulier. Ces droits pèsent sur les familles nombreuses proportionnellement aux bouches qu'elles ont à nourrir.

Les alcools, dont l'abus détermine de si fréquentes maladies, sont, avec raison, fortement frappés d'impôts. Quant

aux 448,773 débits de boissons, brasseries, estaminets, cafés, où tant d'hommes, désertant leur intérieur, laissant leurs familles sans ressources suffisantes, vont dépenser la plus grande partie de ce qu'ils gagnent, il importe que d'énormes impôts, patentes, droits ou taxes viennent les atteindre, car ils détournent les célibataires de se marier, ils font redouter aux mariés d'avoir des enfants.

Le décret de 1791 relatif à la contribution personnelle, rappelé par M. Javal, en abaissant la taxe de loyer du père de plus de trois enfants, et surélevant celle du célibataire de plus de trente ans, peut être utile. Certes, la surtaxe imposée aux célibataires ne les fera pas se marier, mais elle fournira l'argent nécessaire à l'entretien des enfants assistés, la plupart illégitimes, procréés et abandonnés par ces célibataires.

M. Lagneau rappelle qu'en 1871 plusieurs projets de lois présentés à l'Assemblée nationale demandèrent qu'à l'homme marié, qu'au père de famille, fût accordé, dans les élections, un vote multiple, accumulé, proportionnel au nombre des têtes de femmes et d'enfants par lui représentées. Dans nos grandes villes, cette mesure engagerait bien des hommes à régulariser leurs unions.

La vaccine obligatoire au point de vue de la défense nationale. — M. Hervieux lit un rapport sur un travail adressé à l'Académie par M. le docteur Amat (de Rodez) relatif à ce sujet. Il rappelle, à cette occasion, les remarquables résultats obtenus dans l'armée allemande depuis que la vaccination et la revaccination sont obligatoires, puisque, depuis 1874, époque à laquelle cette loi fut votée par le Reichstag, jusqu'en 1888, on n'a pas signalé un seul cas de décès, et seulement 12 varioles légitimes et 155 varioloïdes.

En France, si des mesures de rigueur ont été prises pour l'armée, mesures efficaces, puisque, en 1886, on n'a signalé que quatre décès par variole, il n'en est pas moins vrai que la population civile est toujours un danger imminent de contamination; il serait à souhaiter que des mesures analogues fussent appliquées aux civils comme aux militaires.

D'un autre côté, il existe une menace continuelle de contamination pour l'armée, par ce fait que le soldat se trouve souvent en contact avec le réserviste ou l'auxiliaire qui, n'ayant jamais paru au corps, peut se trouver n'avoir jamais été vacciné; en cas de mobilisation, ce serait là un danger avec lequel il faudrait nécessairement compter.

D'autre part, il est évident qu'on ne peut vacciner ces hommes lorsqu'ils arrivent au corps pour un certain temps d'instruction, car ils perdraient une partie de leur temps à l'infirmerie, durant la période d'évolution des pustules vaccinales, et seraient une charge pour le budget de la guerre; sur ce sujet, M. Amat apporte un certain nombre de documents de haute valeur.

Si la vaccination et la revaccination, pratiquées jusqu'à réussite, de dix en dix ans, étaient définitivement obligatoires pour la population civile, ces divers inconvénients disparaîtraient. Les facilités qu'offre la vaccination animale, dit M. Hervieux, la création récente d'instituts vaccinaux en divers points de la France permettraient, dans une large mesure, l'application de la loi que M. Amat souhaite de voir adopter par nos législateurs. Je ne saurais qu'approuver, au point de vue de l'intérêt général et de l'intérêt de notre armée, les conclusions proposées par l'auteur de ce travail.

Recherches expérimentales sur les leucocytes. — M. E. Maurel (de Toulouse) communique le résultat des recherches qu'il a faites sur les leucocytes du sang de l'homme et qui lui ont permis de suivre l'évolution de cet élément et aussi de fixer les limites extrêmes des températures qu'il peut supporter.

D'après les observations du Dr Maurel, les températures par lesquelles nos leucocytes peuvent vivre, au moins pendant quelques instants, sont comprises entre 16° et 46° centigrades; mais celles qui lui sont le plus favorables ne s'étendent au maximum que de 38° à 44°.

Mais, de plus, M. Maurel fait connaître le résultat d'autres expériences qu'il a entreprises sur le même élément dans la série animale.

Ces recherches longues et délicates ont porté sur le chien, le lapin, le poulet, la grenouille et le lézard.

Or, les recherches faites sur ces divers animaux d'abord, lui ont fait constater des écarts dans les températures extrêmes dépassant 10°; les leucocytes de la grenouille meurent à 40° et ceux du poulet résistent à 50°; et, en outre, elles ont permis de découvrir des lois dont on peut déjà entrevoir l'importance, aussi bien au point de vue biologique qu'au point de vue médical.

La première de ces lois est qu'il existe un rapport constant entre la température d'un animal et la plus haute température supportée par ses leucocytes; ce qui inspire à l'auteur de ces recherches cette pensée qu'il est probable que les leucocytes ne doivent pas rester étrangers dans la fixation de la température normale.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er octobre 1890. — *Présidence de* M. Nicaise

De l'eczéma curateur. — M. Chauvel lit un rapport sur un cas d'eczéma ayant précédé une plaie. Cet eczéma aigu guérit complètement la blessure qui s'était ulcérée. C'est l'avis qu'exprime M. Amat dans son rapport. M. Chauvel pense qu'il serait nécessaire d'appuyer cette opinion sur plusieurs observations.

Occlusions des fistules recto-vaginales. — M. Le Dentu communique à la société un procédé qui lui a réussi dans la cure d'une fistule recto-vaginale; la méthode suivie ordinairement consiste à fendre la cloison jusqu'à la fistule et à faire une pneumorraphie. Ce procédé se comprend quand le périnée est déchiré; mais tous les cas ne comportent pas une opération aussi importante. M. Le Dentu avait affaire à une fistule petite située sur un périnée en bon état.

L'opération fut faite de la façon suivante. On mène une incision courbe partant d'un point assez éloigné de la fistule situé au-dessous d'elle et passant au-dessus d'elle. Une seconde incision courbe passe sous la fistule et va rejoindre la fin de la première incision, limitant ainsi un croissant qui est enlevé et qui fait l'avivement. Cet avivement est prolongé en bas en disséquant un lambeau qui ensuite viendra recouvrir, grâce à son élasticité, toute la surface avivée. Mais au préalable il faut supprimer la fistule en enlevant le trajet et un coin de parties molles. La suture est faite à l'aide de fils passant dans l'extrémité des lambeaux taillés en biseaux et fixés à l'aide de tubes de Galli, ou même d'un nœud fait sur un petit rouleau de gaze iodoformée.

Il est bien entendu que, pour faire ce procédé, il faut

qu'entre la vulve et la fistule il y ait la place suffisante pour faire le lambeau.

M. Quenu a eu à traiter une malade qui portait une petite fistule et pour laquelle il trouvait l'opération de la périnéorraphie trop importante aussi, cette fistule étant retirée à 2 centimètres au-dessus de la vulve. M. Quenu se contenta d'abord d'aviver et de suturer à part muqueuse rectale et muqueuse vaginale. Les sutures manquèrent. Pendant le cours de l'opération, il avait été frappé de la minceur de la muqueuse rectale à son union avec la muqueuse vaginale et de la poche qui était formée dans le rectum à ce niveau.

En disséquant la muqueuse vaginale et en la séparant de la muqueuse rectale à l'aide d'une incision faite à la peau, il put décoller les deux plans et arriver ainsi à avoir deux orifices qui n'étaient plus en rapport l'un avec l'autre, il sutura la muqueuse vaginale et depuis fendit le sphincter anal, afin de donner une issue facile aux gaz. Ce procédé, qu'il a retrouvé du reste dans A. Guérin, lui réussit parfaitement.

M. Monod a défendu autrefois le procédé de la périnéorraphie, mais il s'est cependant trouvé en face d'une fistule pour laquelle il se contenta de faire un large avivement vaginal avec sutures et grâce à l'antisepsie il réussit fort bien. Il abandonne donc pour sa part la méthode qu'il a défendue autrefois, sauf dans le cas où la fistule est tout près de la vulve.

M. Segond estime qu'il faut distinguer les fistules recto-vaginales haut placées de celles qui sont situées près de la vulve. Dans ces dernières, une périnéorraphie avec décollement des deux muqueuses réussit toujours.

M. Reclus pense aussi que l'antisepsie joue un rôle considérable dans ces cas; car dans une fistule haut placée il a réussi par un avivement simple là où plusieurs chirurgiens avaient déjà échoué. Il s'est aussi très bien trouvé d'un tube placé dans l'intestin et destiné à l'évacuation des gaz.

M. Anger, après une périnéorraphie, eut une fistule recto-vaginale située à 5 centimètres de la vulve qu'il réussit à fermer à l'aide d'un procédé analogue à celui qu'il emploie pour l'uréthroplastie.

M. Bazy estime que la section du sphincter n'est pas une quantité négligeable et qu'elle doit être évitée toutes les fois qu'on le peut.

M. Quenu a chez sa malade essayé l'avivement et certes c'est le procédé le plus simple; mais il ne réussit pas toujours et c'est pour cela qu'il a employé le procédé qu'il a décrit. Quant au tube intestinal pour l'évacuation des gaz, il est mal supporté par certains malades. Il a préféré fendre le sphincter à ciel ouvert, ce qui lui a évité de mettre un tube.

M. Le Dentu croit qu'on peut catégoriser les malades de la façon suivante : celles qui ont une large déchirure au périnée et une fistule : pour celles-là il n'y a pas à hésiter, il faut faire l'incision du périnée et la périnéorraphie en même temps que la cure de la fistule; celles qui n'ont qu'une fistule sur un périnée peu déchiré : à celles-là, si les malades acceptent la périnéorraphie, il faut encore la pratiquer. Enfin quand le périnée est sain, les fistules peuvent être situées haut ou bas. Pour les fistules inférieures, l'avivement simple peut être essayé, mais il échoue bien souvent, ou alors faire le procédé qu'a employé M. Quenu, et dans les fistules supérieures M. Le Dentu recommande son procédé.

Quant au tube intestinal il ne le croit pas nécessaire. Il a purgé sa malade le troisième jour et a maintenu le ventre libre jusqu'au moment où il enlève les fils. Quand ceux-ci sont enlevés et ne soutiennent plus les parties réunies, il constipe ses malades.

M. Kirmisson présente des rugines qu'il a fait modifier en allongeant le manche et en diminuant la lame.

M. Routier présente des annexes atteints d'hématosalpynx à la suite d'une atrésie de l'isthme du col, atrésie consécutive à un traitement par le crayon de chlorure de zinc.

M. Bazy dans un cas analogue a ponctionné l'utérus pour évacuer le sang des règles qui y était contenu et a ensuite procédé à la dilatation.

M. Le Dentu a examiné un cas d'atrésie analogue à celui que vient de présenter M. Routier et à la suite du même traitement. Il se propose de revenir prochainement sur ce sujet.

Eug. Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du lundi 28 juillet 1890. — Présidence de M. le Dr Le Coin, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. le Président annonce que M. le Dr Valude, médecin-adjoint de la clinique des Quinze-Vingts, et membre de la Société, a été désigné pour faire partie de la délégation envoyée au congrès médical de Berlin.

M. le Dr Machelard fait part à la société du décès de M. le Dr Dequevauvillers un de ses membres fondateurs et de ses anciens présidents ; la société décide à l'unanimité d'envoyer à Mme Dequevauvillers l'expression de ses regrets.

M. le Dr Verchère fait un rapport verbal à propos d'un travail de M. le Dr Beurnier, ancien interne des hôpitaux, ancien aide d'anatomie, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, sur l'opération d'Alexander. M. le Dr Beurnier est élu, à l'unanimité des membres présents, membre titulaire de la Société.

M. le Dr Verchère donne des nouvelles d'une malade dont il a déjà parlé dans une séance précédente : cette dame, atteinte d'infection puerpérale, avait ressenti, le lendemain de son accouchement, des douleurs dans diverses articulations, épaule, poignet, douleurs attribuées alors à un rhumatisme articulaire aigu. M. Verchère, appelé au bout de quelques jours, avait reconnu l'existence de foyers de suppuration qu'il avait ouverts largement après avoir pris les plus minutieuses précautions antiseptiques, il avait pratiqué aussi un curetage utérin avec lavages antiseptiques. La malade va très bien maintenant ; la température est descendue à 36° ; cependant, huit jours après l'ouverture du dernier abcès, la température remonta à 39° ; la malade n'accusait aucune douleur ; en l'examinant avec le plus grand soin, M. Verchère finit par découvrir, au niveau de l'insertion des muscles adducteurs, un point douloureux ; la malade se rappela alors que, trois jours auparavant, en faisant un mouvement de la jambe, elle avait ressenti une vive douleur en ce point. M. Verchère fit une émission, qui donna issue à un verre de pus, puis fit faire des lavages antiseptiques. Il est probable que dans un mouvement, il y a eu déchirure fibrillaire suivie d'un léger épanchement sanguin, puis formation d'un abcès ; M. Verchère mit un tubes à drainages qu'il laissa

pendant trois jours ; la malade va bien, cependant elle devra éviter de faire des mouvements violents de l'épaule par crainte de luxation ; les doigts se meuvent encore assez mal, à cause des incisions du poignet.

M. le Dr Porak est assez septique sur la valeur du curetage utérin dans les suites de couches ; il ne le fait que quand il croit qu'il n'y a pas de meilleurs ou d'autres ressources ; il le fait quelquefois cependant. Dans son service de l'hôpital Saint-Louis, M. Porak a vu faire deux fois le curetage ; dans un cas la malade était dans un état désespéré et a succombé au bout de vingt-quatre heures ; dans le second, la malade, très gravement atteinte, est morte au bout de deux heures.

Le curetage est bon quand on est certain de la présence de débris de placenta.

Pour M. Porak il y a deux indications d'intervention dans l'avortement :

1° L'élévation de la température ;

2° La suppuration des débris placentaires.

Cependant, deux fois en un mois, M. Porak a vu des malades n'avoir pas rendu leur placenta au bout d'un mois ; l'hystérométrie indiquait la présence du placenta, et dans les vingt quatre heures qui suivirent cette exploration avec l'hystéromètre les malades expulsèrent leur placenta sans hémorrhagies. Peut-être à la campagne M. Porak serait-il plus hardi qu'à la ville pour faire le curetage lors de la présence de débris placentaires, l'hystérométrie pouvant amener des hémorhagies au moment où le placenta se décolle et est expulsé et le médecin pouvant ne pas être auprès de la malade à ce moment.

M. le Dr Polaillon a observé dans ces derniers temps quatre femmes atteintes de septicémie puerpérale. La première mourut sans abcès; chez les autres il y eut formation d'abcès dans les membres ou dans le bassin; chez la seconde, abcès de la cuisse droite au niveau des adducteurs, abcès profond, ouvert drainé, lavé, soins antiseptiques minutieux, guérison ; mais dans l'autre cuisse survint de l'œdème, second abcès, guérison complète ; ce second abcès était probablement dû à un peu de phlébite des veines du petit bassin. La guérison fut obtenue ; M. Polaillon fit faire des injections vaginales antiseptiques mais pas de curetage.

Chez une troisième phlegmasie dans le bassin, salpingite purulente proéminant dans le cul-de-sac vaginal : M. Polaillon opéra comme La Royenne (de Lyon) et Bouilly : ponction puis agrandissement de l'ouverture avec le bistouri, drain, lavages antiseptiques, guérison. S'il y a une ouverture d'une petite artère on applique dans l'ouverture une éponge antiseptique qui fait la compression.

Chez une quatrième malade, septicémie grave, six semaines après l'accouchement : paraplégie complète, ballonnement du ventre dû à une tympanite et à une suppuration de la trompe; ouverture par la paroi abdominale au-dessus de l'épine iliaque, en rasant la crête iliaque, et en pénétrant de 12 à 15 centimètres, drain; la fièvre est tombée, la malade est en voie de guérison. M. Polaillon croit que les abcès localisés dans les articulations ou les membres chez les femmes atteintes de septicémie puerpérale sont moins graves que les accidents vers l'utérus.

M. le Dr Verchère partage cet avis. Il croit devoir faire observer que chez sa première malade il n'a pas fait, à vrai dire, un curetage utérin, mais un lavage, un ramonage de l'utérus s'il est permis de se servir de cette expression, à l'aide d'un tampon de gaze iodoformée, avec lequel il a écouvillonné l'utérus, écouvillonnage suivi de précautions antiseptiques très sévères. M. Verchère ne craint pas de faire le curetage utérin qu'il fait suivre d'injections intra-utérines de sublimé pendant trois jours.

Chez la malade en question il n'y avait pas de troubles vers les annexes, pas de lochies fétides, mais seulement purulentes; c'était une sorte d'infection purulente extérieure à l'appareil génital. M. Verchère n'est pas partisan de l'hystérométrie; dans les cas où M. Porak l'a employée, M. Verchère eût abaissé l'utérus le plus possible et eût examimé avec le doigt plutôt qu'avec l'hystéromètre. Quelle a été la cause de la mort de la femme qui a succombé dans le service de M. Porak deux heures après le curetage? Pour M. Verchère c'est non le curetage, mais le choc traumatique chez une femme gravement malade; car il n'y a eu ni hémorrhagie, ni péritonite, donc pas de perforation.

Pourquoi, chez sa quatrième malade, M. Polaillon a-t-il fait une ponction plutôt que l'incision couche par couche suivie du décollement du péritoine?

M. le Dr Polaillon avait à faire à une malade un peu pusillanime d'une part, et de l'autre trop gravement malade pour pouvoir être endormie; il a dû faire ce qu'il a pu, non ce qu'il a voulu : il a fait la ponction avec un trocart de deux millimètres et demi, il a vidé la poche, l'a lavée ; il eût préféré faire une incision, suivie du décollement du péritoine, comme l'a indiqué M. Verchère.

M. le Dr Porak n'accuse pas le curetage d'amener d'ordinaire la perforation utérine, mais seulement lors qu'il y a adhérence intime du placenta ; il peut y avoir perforation si on gratte en dehors du point où est le placenta. M. Porak préfère l'hystérométrie à l'examen avec le doigt dans le cas indiqué plus haut. Comme M. Verchère, M. Porak attribue au choc traumatique et non au curetage la mort rapide de la malade de son service.

La séance est levée à 10 heures.

Pour le secrétaire Général et les secrétaires absents,
Dr E. Foucart.

VARIÉTÉS

L'influence du sexe dans la latéralisation des affections auriculaires, par le Dr Loewenberg.

Quand on observe un grand nombre de malades atteints d'affections de l'oreille, on est frappé de voir que le côté gauche est plus souvent pris que le droit. On constate ainsi que lorsqu'une seule oreille est malade, c'est plus souvent la gauche que la droite, et que, quand les deux côtés sont pris, l'affection débute généralement à gauche et aboutit finalement à des désordres plus graves, à une surdité plus forte que du côté droit.

Ce fait, ainsi que cela ressort d'une étude attentive de la littérature spéciale, est un *axiome* pour le spécialiste, et je ne sais plus quel auteur anglais, entre autres, parle de left-ear-deafness (surdité gauche) comme d'une chose d'observation banale.

Or, j'ai été frappé depuis longtemps par le fait assez si gulier que les deux sexes présentent, sous ce rap-

port, d'assez notables différences, en ce sens que la surdité gauche est surtout le propre du sexe masculin, tandis qu'elle est beaucoup plus rare chez les femmes.

Lorsqu'une personne accuse une affection auriculaire unilatérale, il y a, d'après ce qui a été exposé au commencement de ce travail, une forte présomption pour que ce soit l'oreille gauche qui présente la maladie. J'ai donc été très surpris de constater souvent, chez des personnes du sexe féminin, qu'au contraire l'oreille droite était le siège du mal. De même, lorsque les deux côtés sont pris, c'est beaucoup moins souvent chez la femme que chez l'homme la gauche qui l'emporte quant à la gravité de la lésion et au degré de surdité.

Pour en avoir le cœur net, je me suis imposé la tâche de recueillir, dans mes observations, un très grand nombre de cas, de les étudier avec soin sous le rapport de la statistique, et d'en extraire, entre autres résultats, ceux concernant la latéralisation des affections de l'oreille selon les sexes.

Mes recherches ont porté sur 3,000 cas, chiffre auquel je me suis arrêté, l'estimant largement suffisant pour permettre de dégager les lois qui président à la répartition des affections auriculaires selon le sexe, l'âge, la nature de la maladie, etc.

J'ai exclu de ce travail toute affection du pavillon de l'oreille et du conduit auditif. Ce sont, en effet, les maladies de la membrane du tympan, de la caisse et de ses annexes, de la trompe d'Eustache, du labyrinthe et du nerf acoustique, qui constituent la vraie source de surdité. Quant aux affections du conduit (bouchons cérumineux, furoncles, otomycosis, eczémas, etc.), elles n'affectent l'ouïe que d'une façon en quelque sorte secondaire; j'en ai donc fait abstraction dans cette étude.

Voici brièvement les résultats de ces recherches :

On constate d'abord la prédominance du sexe masculin dans cette statistique : sur les 3,000 cas, 1,790 appartiennent aux hommes et 1.210 aux femmes (les enfants figurent dans tous ces chiffres selon leur sexe).

Parmi les personnes malades d'une seule oreille, il se trouve 478 hommes et 311 femmes. Dans ce nombre, l'oreille droite seule est atteinte chez 212 hommes et 167 femmes, la gauche seule l'est chez 266 hommes et 144 femmes.

Les personnes frappées de surdité bilatérale se divisent en 1,074 hommes et 737 femmes.

Dans ce nombre, l'oreille droite était plus sourde chez 427 hommes et 340 femmes, tandis que c'était la gauche qui l'était chez 647 hommes et 397 femmes. La surdité était égale des deux côtés chez 238 hommes et 162 femmes.

Il résulte donc de cette statistique le fait curieux que lorsqu'une seule oreille est affectée, c'est plus souvent la droite chez la femme, la gauche chez l'homme.

Les deux sont-elles atteintes, on constate une prépondérance énorme de la gauche chez l'homme, excessivement faible chez la femme. Les proportions exactes sont les suivantes :

Femmes dont l'oreille droite est plus sourde que la gauche, à celles qui présentent l'état contraire, comme 1 à 1.146: hommes dont l'oreille droite est plus sourde que la gauche à ceux qui présentent l'état contraire, comme 1 à 1,515.

Je me réserve de dégager, dans un travail plus complet, les résultats spéciaux de ces recherches statistiques.

(*Bulletin médical.*)

NOUVELLES

—

Conseils généraux. — M. le Dr Pineau, de Foussais, a été élu, dimanche dernier, conseiller général du canton de Saint-Hilaire-des-Loges (Vendée).

Corps de santé militaire. — Ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées :

1° *Au grade de méd. principal de 1re classe.* — (Choix.) M. Breton, méd. princip. de 2e cl., méd. chef de la place et des salles milit. de l'hospice de Verdun, en rempl. de M. Mathis, promu. Maintenu à son poste actuel. — (Choix.) M. Sommeiller, méd. princip. de 2e cl., méd. chef des salles milit. de l'hospice mixte d'Orléans, en rempl. de M. Massoutié. Désigné pour l'emploi de méd. chef de la place et de l'hospice mixte de Toul.

2° *Au grade de méd. principal de 2e classe.* — (Choix). M. Berger, méd.-maj. de 1re cl. à la légion de la garde républ. en rempl. de M. Pernod, ret. Désigné pour l'emploi de méd. chef des salles milit. de l'hospice mixte d'Aix. — (Choix.) M. Sorel, méd. maj. de 1re cl. à l'hôpit. milit. de Marseille, en rempl. de M. Breton, promu. Désigné pour l'emploi de méd. chef de l'hospice mixte de Nîmes. — (Choix.) M. Annequin, méd. maj. de 1re cl. à l'hôp. milit. de Villemanzy, en rempl. de M. Sommeillier, promu. Désigné pour l'emploi de méd. chef de l'hôpit. milit. de Chambéry.

3° *Au grade de médecin-major de 1re classe.* — (Choix.) M. Ravenez, méd.-maj. de 2e cl. à l'école d'applic. de caval. en rempl. de M. Galzain, ret. Désigné pour le 116e rég. d'inf. — (Ancienneté.) M. Grosse, méd.-maj. de 2e cl. au 15e bat. de ch. à pied en rempl. de M. Hintzy, mis en non activ. Désigné pour le 133e rég. d'inf. — (Choix.) M. Demandre, méd.-maj. de 2e cl. au 157e rég. d'inf., en rempl. de M. Beaulïès, retr. Maintenu à son poste actuel. — (Ancienneté.) M. Marmonnier, méd.-maj. de 2e cl. aux hôp. milit. de la div. d'Alger, en rempl. de M. Vivier, mis en non activ. Désigné pour le 138e rég. d'inf. — (Choix.) M. Bruant, méd.-maj. de 2e cl. au 14e escad. du train des équip., en rempl. de M. Cruzel, mis en non activ. Désigné provis. pour l'hôpit. de Villemanzy et de la direct. du serv. de santé du 14e corps. — (Ancienneté.) M. Cadot, méd.-maj. de 2e cl. au 96e rég. d'inf., en rempl. de M. Berger, promu. Désigné pour le 11e rég. d'inf. — (Choix) M. Robert, méd.-maj. au 4e bat. d'art. de fort., en rempl. de M. Sorel, promu. Désigné pour le 48e rég. d'inf. — (Choix.) M. Dubujadoux, méd.-maj. de 2e cl. aux hôpit. milit. de la div. de Constantine, en rempl. de M. Annequin, promu. Désigné pour le 3e rég. du génie.

4° *Au grade de médecin aide-major de 2e classe.* — 2e tour (choix). M. Guérin, méd., aide-maj. de 1re cl., à l'école milit. préparatoire d'inf. de Saint Hippolyte du-Fort, en rempl. de M. Ravenez, promu. Maintenu provis. à son poste actuel. — 3e tour (ancienneté). M. Valissant, méd. aide-maj. de 1re cl. au 3e rég. de cuirass., en rempl. de M. Grosse, promu. Désigné pour les hôpit. milit. de la div d'Alger. — 1er tour (ancienneté) M. David, méd. aide-maj. de 1re cl. au 9e rég. de chass. à cheval, en rempl. de M. Demandre, promu. Désigné pour le 106e rég. d'inf. — 2e tour (choix). M Péradon, méd. aide-maj. de 1re cl. au 18e rég. de chass. à cheval, en rempl. de M. Marmonnier, promu. Désigné pour le 1er rég. de tiraill. algé. — 3e tour (ancienneté) M. Tisserant, méd. aide-maj. de 1re cl. au 4e régi. de chass. d'Af., en rempl. de M. Brunat, promu. Désigné pour les hôpit. milit. de la divi. d'Alger. — 1er tour (ancienneté). M. Clary, aide-maj. de 1re cl. aux hôpit. milit. de la div. d'Oran, en rempl. de M. Cadot, promu. Désigné pour le 48e rég. d'inf. — 2e tour (choix). M. Rémy, méd. aide-maj. de 1re cl. au 16e rég. d'art., en rempl. de M. Robert, promu. Désigné pour le 101e rég. d'inf. — 3e tour (ancienneté) M. Véret, méd. aide-maj. de 1re cl. au 154e rég. d'inf, en rempl. de M. Dubujadoux, promu. Désigné pour le 52 rég. d'inf.

Corps de santé militaire. — NOMINATIONS ET PROMOTIONS. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve : *Au grade de médecin aide-major de 2e classe* :

MM. Freulon — Ehpolianski — Montillier — Cochery — Garnier — Thiéry — Jolly — Parisot.

Ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale ; *Au grade de médecin aide-major de 2e classe* : MM. Mercier — Kœnig — Cart — Tagent — Gilly — Reboul.

Ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale : *Au grade de médecin aide-major de 1re classe* : Les médecins aide-majors de 2e classe : MM. Vallois — Dodin — Sauvage — Monnier — Boussi — Vermeil — Menetrier — Chatellier

Ecoles annexes du service de santé de marine. — Le ministre vient de répartir comme suit les chaires d'enseignement dans les écoles annexes du service de santé de la marine :

Ecole annexe de Brest : *Pathologie exotique et hygiène navale*, M. le méd. princ. Duchâteau;

Chirurgie militaire et navale, M. le méd. princ. Bodet;

Anatomie, M. le méd. de 1re cl. Brédian.

Petite chirurgie, M. le méd. princ. Guyot.

Ecole annexe de Rochefort : *Pathologie exotique et hygiène navale*, M le méd. en chef Bourru.

Chirurgie militaire et navale. M. le méd. princ. Fontorbe.

Anatomie, M. le méd. princ. Burot.

Petite chirurgie, M. le méd. princ. Abelin.

Ecole annexe de Toulon : *Pathologie exotique et hygiène navale*, M. le méd. princ. Gaillot.

Chirurgie militaire navale, M. le méd. en chef Rouvier.

Anatomie, M. le méd. princ. Fontan.

Petite chirurgie, M. le méd. de 1re cl. M. F. Bertrand.

Prescriplion des antiseptiques par les sages-femmes. — « Paris, le 10 septembre 1890.

« Monsieur le Préfet, à diverses reprises, l'attention du Gouvernement a été appelée sur des épidémies graves de fièvre puerpérale survenues dans la clientèle de certaines sages-femmes. Grâce aux progrès de la science, il a été possible de déterminer les causes de ces épidémies. De nombreuses expériences faites dans les hôpitaux ont permis, en outre, d'établir que le moyen le plus certain pour éviter es accidents d'infection puerpérale consiste dans l'emploi rigoureux des méthodes antiseptiques. Mais la plupart des agents antiseptiques ont pour base des substances vénéneuses dont la vente, aux termes de l'article 5 de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, ne peut être faite, pour l'usage de la médecine, que sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté. Les pharmaciens ne peuvent donc, sur l'ordonnance des sages-femmes, délivrer des médicaments de cette nature.

« Préoccupé de cette situation, le Gouvernement a soulevé la question de savoir s'il ne conviendrait pas d'autoriser les pharmaciens à délivrer des substances antiseptiques sur la prescription des sages-femmes pourvues d'un diplôme.

« Cette question a été soumise à l'Académie de médecine qui a adopté les conclusions suivantes :

« 1° Il est indispensable de permettre aux sages-femmes « l'emploi de substances qui peuvent empêcher la propaga- « tion des maladies puerpérales ;

« 2° Pour plus de simplicité et pour éviter les erreurs, les « sages-femmes ne devront recourir qu'à un seul antisep- « tique dont la dose sera toujours la même ;

» 3° En outre, il est nécessaire que les sages-femmes aient « à leur disposition une substance antiseptique destinée à « enduire leurs mains et leurs intruments. »

« Le choix de l'Académie s'est porté sur le médicament le plus actif, le *bichlorure de mercure* ou *sublimé corrosif*.

« Le Comité consultatif d'hygiène publique de France a voté les mêmes conclusions que l'Académie de médecine.

« En présence des avis conformes de ces deux assemblées, j'ai présenté, le 9 juillet 1890, à la signature de M. le président de la République un décret qui, en dérogation à l'article 5 de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846 et au décret du 8 juillet 1850 sur la vente des substances vénéneuses, permet aux pharmaciens de délivrer aux sages-femmes diplômées des doses de sublimé corrosif préparées dans les conditions déterminées au décret d'autorisation.

« Je vous adresse ci-joint une copie de ce document et vous invite à en insérer les dispositions dans le recueil des actes administratifs de votre préfecture. Il importe en effet de leur donner toute la publicité possible et de signaler, en même temps, aux sages-femmes exerçant dans votre département, l'intérêt considérable que présente, pour la protection de la santé des femmes en couches, l'emploi des méthodes antiseptiques.

« Veuilez m'accuser réception de la présente circulaire.

« Recevez, Monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

« LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR.

« Pour le ministre et par autorisation :

« *Le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques.*

« H. MONOD. »

DÉCRET DU 9 JUILLET 1890

« Le président de la République française,

« Sur le rapport du ministre de l'Intérieur,

« Vu, etc.'

« Décrète :

« Article premier. — Les pharmaciens sont autorisés à délivrer, pour l'usage de la médecine, du sublimé corrosif sur la prescription d'une sage-femme pourvue d'un diplôme.

« Cette vente aura lieu exclusivement suivant les formules ci-après :

FORMULE A. — Sublimé corrosif. — 25 centigrammmes.
Acide tartrique. — 1 gramme.
Solution alcoolique de carmin d'indigo à 5 0/0. 1 goutte.

FORMULE B. — Vaseline au sublimé à 1 0/0. — 30 grammes.

« Chaque paquet contenant la poudre *formule A*, chaque flacon ou pot renfermant la *formule B*, portera l'étiquette rouge-orange réservée aux médicaments toxiques ponr l'usage externe, avec la mention suivante écrite ou imprimée :

FORMULE A.
SUBLIMÉ CORROSIF
25 centigrammes
pour un litre d'eau.
POISON

FORMULE B.
VASELINE
AU SUBLIMÉ CORROSIF
à 1 0/0.
POISON

« Art. 2. — L'ordonnance du 29 octobre 1846 est réformée en ce qu'elle a de contraire au présent décret.

« Art. 3. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

« Fait à Paris, le 9 juillet 1890.

« CARNOT.

« Par le président de la République :
« *Le ministre de l'Intérieur,*
« CONSTANS. »

Mise en bière des personnes mortes de maladie infectieuse. — Conformément à un vœu émis par le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département, la préfecture de la Seine vient de donner, au service des Pompes funèbres de Paris, des instructions relatives à la mise en bière des personnes mortes de maladie infectieuse.

Aux termes de ces instructions, déjà mises en vigueur, les employés des pompes funèbres chargés de procéder à cette opération doivent revetir, avant de l'effectuer, de longues blouses de toile recouvrant leurs vètements. La mise en bière terminée, les employés dépouillent leurs blouses et les enferment dans une boîte en fer blanc, laquelle est immédiatemont emportée et déposée dans un local spécial où il est procédé à la désinfection de ladite boîte et de son contenu.

Le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, sur le rapport de M. Dujardin Beaumetz, dans sa séance du 19 septembre, à voté les conclusions suivantes :

1° Dans les cas de diphtérie, la désinfection sera toujours faite par les escouades de désinfecteurs. (Ces escouades continuent à assurer gratuitement le service de la désinfection à domicile. Pour obtenir leur concours, il suffit de s'adresser à la Préfecture de Police).

2° Les objets qui ont été en contact avec les malades devront être désinfectés par les étuves à vapeur sous pression, et en particulier par les étuves municipales de la rue du Château-des-Rentiers et de la rue des Récollets (13e et 10e arrondissements).

3° Pour la désinfection des locaux, on emploiera 60 grammes de souffre par mètre cube et on lavera les parquets et toutes les parties de la pièce susceptibles d'être lavées avec des solutions de sublimé 1/1000

5° La pièce ne sera occupée que quand elle aura été séchée et aérée avec soin.

Médecins des asiles publics d'aliénés. — Concours régionaux. — Par application de la disposition de l'article 4, § 2 de l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888, un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Paris, à Lille, à Nancy, à Bordeaux et à Montpellier, dans les derniers jours du mois d'octobre ou dans le courant du mois de novembre prochain.

Un concours sera organisé également à Lyon si, avant cette époque, il s'est produit dans un des asiles publics d'aliénés de la région une vacance qui permette de pourvoir un des deux candidats déclarés admissibles à la suite du concours du mois de décembre 1888.

Un avis ultérieur publié au *Journal officiel* et dans le *Recueil des actes administratifs* de la préfecture du chef-lieu de chaque région fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au ministère de l'Intérieur les demandes des candidats qui solliciteront l'autorisation de concourir.

CONDITIONS DU CONCOURS

Le concours est régional ; il y a autant de régions que de Facultés de médecine de l'État.

La circonscription de chaque région est composée comme il est indiqué au tableau spécial.

Les candidats doivent être Français et docteurs d'une des Facultés de médecine de l'État.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Ils ne devront pas être âgés de plus de *trente-deux ans* au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année, au moins, comme internes soit dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit dans un hôpital où ils auraient été appelés à ces fonctions par la voie du concours A l'égard des anciens internes des hôpitaux, la limite d'âge maxima peut être, sur demandes et par décisions individuelles, reculée jusqu'à trente-cinq ans en faveur de ceux qui auraient plus de trente-deux ans à la date du concours.

Toute demande sera, en conséquence, accompagnée des pièces faisant la preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que de ses diplômes et états de service quelconques.

Les candidats sont libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions (1).

(1) La répartition des régions est faite d'après les dispositions de l'arrêté du ministre de l'Instruction publique en date du 22 juillet 1878, qui a déterminé les circonscriptions des Facultés de médecine, des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets suivant l'ordre de classement établi par le jury d'après le mérite des examens.

A titre exceptionnel et s'il y avait urgence à nommer le médecin adjoint d'un asile dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'Administration supérieure se réserve la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région, à la condition que celui-ci déclarera expressément renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours.

A titre exceptionnel également, et lorsqu'une nécessité d'ordre supérieur le commanderait, ou encore par mesure disciplinaire, tout médecin adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru pourra être ensuite envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

Les médecins-adjoints peuvent être nommés médecins en chef ou directeurs médecins dans toute la France.

Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé dans chaque région :

1° De trois directeurs médecins ou médecins en chef de la région;

2° D'un inspecteur général des établissements de bienfaisance, docteur en médecine ;

3° D'un professeur désigné par la Faculté de médecine de la région.

Les directeurs médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés par voie de tirage au sort parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région.

Les médecins de la Maison nationale de Charenton, les médecins en chef des quartiers d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière peuvent, pour la région de Paris, être également appelés par la voie du sort à faire partie du jury, concurremment avec les directeurs médecins et les médecins en chef des asiles publics de cette région.

Il sera procédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs médecins et médecins en chef ci-dessus désignés.

Les épreuves sont au nombre de quatre :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats.

Le maximum des points sera de 30.

2° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes pour la dissertation.

Le maximum des points sera de 20.

3° Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition.

L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal.

Le maximum des points sera de 30.

4° Une épreuve sur titres. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande.

Le maximum des points sera de 10.

Les points pour cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

Les honoraires médicaux à la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion. — Par décret en date du 22 septembre 1890, les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, officiers de santé, sages-femmes, compris sous la dénomination de frais de justice criminelle, ont été réglés comme il suit, dans les colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion.

Art. 16. — Les médecins, chirurgiens, officiers de santé sages-femmes, experts et interprètes reçoivent des honoraires et doits de vacations, à raison des opérations qu'ils font sur la réquisition des officiers de justice ou de police judiciaires, ou à la suite d'une ordonnance les commettant régulièrement.

Art. 17. — Chaque médecin chirurgien ou officier de santé reçoit, savoir :

1° Pour chaque visite, y compris le rapport et le premier pansement s'il y a lieu, 10 fr. ;

2° Pour toutes autres opérations plus difficiles que la simple visite avec ou sans premier pansement, 15 fr. ;

3° Pour les ouvertures de cadavres avant inhumation, 20 fr. ;

4° Pour les ouvertures de cadavres après exhumation, 30 fr. ;

Toutefois les médecins, chirurgiens ou officiers de santé des prisons ou hôpitaux n'ont droit en aucun cas à l'indemnité allouée par le numéro 1° du présent article pour les visites, rapports ou premiers pansements, à l'occasion d'inculpés, prévenus ou accusés, dans les prisons ou hôpitaux auxquels ils sont attachés.

Art. 18. — Les visites faites par les sages-femmes sont payées 5 fr.

Art. 19. — Outre les droits ci dessus, le prix des fournitures nécessaires pour les opérations est remboursé sur la production de mémoires accompagnés de toutes pièces justificatives.

Art. 20. — Il est payé 2 fr. au manœuvre employé à l'exhumation d'un cadavre.

Art. 21. — Il n'est rien alloué à titre de frais de justice pour soins et traitements administrés, soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

Art. 25. — Il n'est rien alloué aux médecins, chirurgiens, officiers de santé ou sages-femmes pour la prestation de serment ni pour la remise du rapport.

Aucun droit ne leur est payé pour des opérations non spécifiées dans la réquisition qui leur est adressée ou dans l'ordonnance qui les commet.

Art. 26. — Dans le cas de transport hors du lieu de leur résidence, les médecins, chirurgiens, officiers de santé, sages-femmes, outre la taxe ci-dessus fixée pour leurs honoraires et vacations, sont indemnisés de leurs frais de voyage et de séjour de la manière déterminée ci-après.

Art. 27 — Dans tous les cas où les médecins, chirurgiens, officiers de santé, sages-femmes sont appelés soit devant le juge d'instruction, soit aux débats, à raison de leurs déclarations, visites ou rapports, les indemnités dues pour cette comparution pour leurs frais de voyage et de séjour leur sont payées comme à des témoins ordinaires.

Art. 83. — Il est accordé, suivant le cas, des indemnités de voyage et de séjour :

1° Aux médecins, chirurgiens, officiers de santé, sages-femmes, lorsqu'à raison des fonctions qu'ils doivent remplir ils sont obligés de se transporter à plus de deux kilomètres de leur résidence, soit dans le canton, soit au delà ;

2° Aux témoins, lorsqu'ils sont domiciliés à plus de quatre kilomètres du lieu où ils doivent être entendus.

Art. 84. — En toutes matières, criminelle, correctionnelle et de simple police, les frais de voyage pour les localités desservies par le chemin de fer sont réglés ainsi qu'il suit pour chaque myriamètre parcouru en allant et en revenant :

1° Pour les médecins, chirurgiens, officiers de santé, 2 fr. ;

2° Pour les sages-femmes et témoins, 1 fr.

Art. 85. — Lorsque les individus ci-dessus dénommés sont obligés de se transporter dans des localités desservies par le chemin de fer, il leur est alloué pour chaque myriamètre parcouru en allant et en revenant :

1° A ceux de la première classe, 4 fr. ;

2° A ceux de la deuxième classe, 2 fr.

Art. 87. — Toutefois, lorsque les personnes dénommées à l'article 83, obligées de se transporter dans des localités qui ne sont desservies ni par le chemin de fer, ni par des voitures publiques, justifient de frais de transport supérieurs au montant des indemnités allouées à l'article précédent, leurs états ou mémoires avec pièces justificatives à l'appui sont acquittés sur simple taxe et exécutoire du magistrat, à la charge par celui-ci d'en rendre compte au gouverneur.

Art. 88. — Les indemnités de transport sont réglées par myriamètre et demi-myriamètre.

Art. 92. — Lorsque les individus dénommés dans l'article 83 sont arrêtés dans le courant du voyage, par force majeure, ils reçoivent une indemnité pour chaque jour de séjour forcé, savoir :

1° Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, 6 fr. ;

2° Les sages-femmes, 3 fr. ;

3° Les témoins, sans distinction d'âge ou de sexe, 2 fr.

Ils sont tenus de faire constater par le juge de paix ou ses suppléants ou par le maire ou, à son défaut, par ses adjoints, la cause du séjour forcé en route, et d'en présenter le certificat à l'appui de leur demande en taxe.

Si les mêmes individus sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où se fait l'instruction de la procédure et qui n'est pas celle de leur résidence, la même indemnité leur est allouée pour chaque jour de séjour.

Projet de réglementation de l'exercice de la Pharmacie en Autriche. — Voici les réformes qui ont été proposées à la neuvième assemblée des médecins autrichiens à Troppau, au sujet de l'exercice de la pharmacie :

1° Les pharmacies sont surveillées par l'État et concédées par lui ; les pouvoirs politiques en fixent le nombre et le siège ;

2° Une pharmacie devra être installée dans tout lieu comptant une population agglomérée de 5,000 habitants, ou dans tout groupe comprenant la même population disséminée sur une surface de 1 myriamètre carré, lorsque trois personnes autorisées y seront domiciliées pour y exercer la profession médicale. Chaque multiple du nombre de 5,000 habitants donnera lieu à l'établissement d'une nouvelle pharmacie. Au-dessous du chiffre susindiqué, il y aura lieu de tenir compte des circonstances locales pour permettre l'ouverture d'une officine ;

3° Les pharmaciens devront avoir fait les études réglementaires et être de nationalité autrichienne ;

4° Ils seront choisis par la voie du concours, et à mérite égal le plus ancien sera nommé de préférence ;

5° Les pharmacies seront gérées par leur titulaire, qui ne pourra se faire remplacer qu'en cas de nécessité.

D'autres articles ont trait à la gestion de la pharmacie en cas de disparition du titulaire, et aux mesures de transition qui seraient nécessaires.

Nécrologie. — Le Dr Astaix, professeur honoraire à l'école de médecine de Limoges. — Le Dr Michon, de Marseille.

Mariages. — M. le Dr Alb. Caylar, de Neuilly-sur-Seine, se marie le jeudi 9 octobre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Hygiène de l'adolescence, par le Dr E. Périer, membre de la Société française d'hygiène. — Paris, 1891, 1 vol. in-18 jésus de 172 pages. — Prix : 2 fr.

Des agents pathogènes de la suppuration dans la fièvre typhoïde, par le Dr Marius Michon. — Paris, 1890, gr. in-8°, 143 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Contributions à l'étude des fractures de l'humérus et de leur traitement par la gouttière plâtrée, par le Dr Victor Bouchet. Paris, 1890, gr. in 8, 83 p. avec une pl. 2 fr. 50

Bulletin de la mortalité *du 21 au 27 septembre* 1890 — Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 4. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, Croup, 18. — Choléra 0. — Phtisie pulmonaire, 166. — Autres tuberculoses, 30. — Tumeurs cancéreuses et autres, 40.

Méningite, 15. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 30. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 43.

Bronchite aiguë et chronique, 35. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 48.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 103.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 18. — Sénilité, 29. — Suicides et autre morts violentes, 24. — Autres causes de mort, 138. — Cause inconnues, 6.

Nombre absolu de la semaine, 779. — Résultat de la semaine précédente : 865.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER. 1 cuillerée à café au repas

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

LIQUEUR DE LAPRADE à l'albuminate de fer, le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation, etc.

ANÉMIE **LA BOURBOULE** DIABÈTE
Enfants débiles. Voies respiratoires
MALADIES DE LA PEAU. RHUMATISMES

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.